|  |  |
| --- | --- |
|  | 提出日：　　　年　　月　　日 |
| **意見申述書** |
| 薬局開設者・責任役員　○○　○○様　（薬局開設者・責任役員はすみやかに受領証を発行すること）管理薬剤師：　○○　○○　　　伝達責任者（薬局開設者等を補佐する者）：　○○　○○　　　 |
| 薬局業務を遂行する上で、保健衛生上支障を生じるおそれがございますので、医薬品医療機器等法第８条第２項に基づき、改善をお願いいたします。 |
| **【管理薬剤師から薬局開設者または責任役員への意見】** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 提出日：　　　年　　月　　日 |
| 受領確認書 |
| 管理薬剤師　○○　○○様　意見申述書を受取りましたので　　月　　日までに具体的な改善内容等を提示し、対応します。薬局開設者・責任役員：　○○　　○○　　　 |

3年間保管